Tuberculose Intestinale

I. Introduction :

- La tuberculose intestinale se situe au 2ème rang en fréquence de la tuberculose digestive.
- Siège : grêle, le carrefour iléo caecal et colon.
- Diagnostic difficile.

II. Epidémiologie :

- La tuberculose intestinale s'observe de façon égale dans les 2 sexes et tous les âges de la vie.
- Plus fréquente dans les pays en voie de développement et chez les immunodéprimées (SIDA).
- Dans les pays développés : après nette régression dans les années 50, recrudescence du fait de l'immigration et de l'infection VIH.

III. Etiopathogénie :

- Modes de contamination :
  - Déglutition de crachats au cours d'une tuberculose pulmonaire évolutive.
  - L'ingestion de lait de vache contaminé.
  - Une dissémination hématogène au cours de la tuberculose pulmonaire.

IV. Anatomie pathologique :

→ La région iléo-caecale est la plus fréquente :
- La 2ème atteinte : intestin grêle (jéjuno-iléon).
- Atteinte colon seul : plus rare.
- Ano-rectale, appendiculaire : rare.

→ Sur le plan anatomique on distingue 4 formes :

- Les formes ulcérées.
- Les formes hypertrophiques.
- Les formes ulcéro-hypertrophiques.
- Les formes fibreuses (sténosantes).

Histologie : lésions granulomateuse le plus souvent confluentes avec nécrose caséeuse centrale et en périphérie cellules géantes de Langhans.

V. **Clinique :** TDD : tuberculose iléo-caecale.

Signes peu spécifiques :

- Signes fonctionnels, généraux :
  - Douleurs fosse iliaque droite, nausées, vomissements, diarrhée.
  - Fievre.
  - AEG.

- **Examen :**
  - Masse abdominale en FI droite.

Biologie : anémie modéré, VS accélérée.

Coloscopie : Caecum déformé, rétracté, la valvule iléo-caecale sténosée infranchissable. L'atteinte colique est mono ou pluri segmentaire avec des intervalles de muqueuse saine.
Ulcérations peu profondes, transversales à bords irréguliers, aspect pseudo-polypïdes.

Lavement baryté :
Aspect du caecum rétracté ou caecum en « **goutte** » ou en « **bourse liée** » et une sténose courte de la derniérre anse iléale qui apparait figée au sein d'un vide radiologique entourant la région iléo caecale.

Scanner abdominale : utile pour le diagnostic différentiel.

Téléthorax : Noramle.
Signes tuberculose active.

Histologie avec coloration spécifiques (coloration de Ziehl-Nilsen) et une mise en culture seront réalisées.

- La recherche de BK par PCR ⇒ réponse rapide en 48 heures.

Formes cliniques :

- Forme aigue : douleurs abdominal ou syndrome occlusif.

- Forme compliquées :
  - Occlusion intestinale aigue.
  - Perforation.
  - Une fistule.
  - Hémorragie massive.
  - Syndrome de mal absorption.

- Formes associées : Ascite (péritoine.).

- Forme topographique :
  - Anale,
  - Œsophagienne,
  - Gastrique,
  - Duodénale et jéjunale,
  - Ganglionnaire abdominale.

Diagnostic différentiel :

1. Maladie de CROHN.
2. Cancer colique : lymphome ou adénocarcinome.
3. Yersiniose.
4. Amibiase.
5. Histoplasmose.
6. Abcès péri-appendiculaire.

Traitement : Chimiothérapie antituberculeuse.